FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1975 N° : No 11

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'Etat

PAR

LANGMAN Gérard
né le 10 février 1950 à Paris 3e

Présentée et soutenue publiquement

le

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES DES MÉTASTASES OVARIENNES SUR LE TUBE DIGESTIF. A propos d'une observation.

Contribution à l'étude des tumeurs secondaires du tube digestif.

Président : M. M. CONTE, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548111_0025

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE PARIS

ANNÉE 1975 N° :

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'Etat

PAR

LANGMAN Gérard
né le 10 février 1950 à Paris 3e

Présentée et soutenue publiquement

le

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES DES MÉTASTASES OVARIENNES SUR LE TUBE DIGESTIF. A propos d'une observation.

Contribution à l'étude des tumeurs secondaires du tube digestif.

Président : M. M. CONTE, Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE
FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

Professeurs Titulaires

MM.	ANDRÉ R.	Hématologie		GOLVAN Y.J.	Parasitologie
	BRICOUT F.	Bactério-virologie		HUGELIN A.	Physiologie
	BRISSAUD H.	Pédiâtrie		LAPLANE R.	Pédiâtrie
	BROCARD H.	Pneumologie		LELORIER G.	Obstétrique
	CATINAT J.	Cardiologie		LOEPER J.	Médecine expérimentale
	CERBONNET	Chirurgie			Immunologie
	CHALUT J.	Radiologie		LOYGUE J.	Chirurgie
	CHERIGIE Ed.	Radiologie		MALAFOSSE M	Chirurgie
	CHIGOT Ph.	Chirurgie Infantile		MAROIS M.	Histologie
	CONTAMIN Fr.	Neurologie		MILHAUD G.	Biophysique
	CONTE M.	Médecine		NICK J.	Neurologie
	DAGUET G.	Bactériologie		ORCEL L.	Anat. Pathologique
	DEBRAY J.	Médecine		PERRAULT M.	Médecine
	DECROIX G.	Pneumologie		PICARD J.	Biochimie
	DRY J.	Médecine		PIERON R.	Pneumologie
	DUHAMEL G.	Hématologie		POLONOVSKI C	Pédiâtrie
	FLABEAU	Chirurgie		POLONOVSKI J.	Biochimie
	GERBEAUX J.	Thérapeutique		RICHET G.	Néphrologie
	GIRARD F.	Physiologie		SALMON Ch.	Immunologie
	GOSSET J.	Chirurgie		SARAUX H.	Ophtalmologie
				N. . .	Obstétrique

Professeurs sans chaires

MM.	AKOUN G.	Pneumologie		GUIRAUDON G.	Anatomie
	ARDAILLOU R.	Physiologie		LASFARGUES E.	Pédiâtrie
	ATTAL Cl.	Pédiâtrie		PAQUELIN	O.R.L
	BAUX S.	Orth. Traum.		ROUX Ch.	Embryologie
Mme	CHAPUT A.	Stomatologie		WARGON H.	Méd. Expérimentale
MM.	CHEYMOL G.	Pharmacologie		WEINMANN S.	Biochimie
	CLOAREC M.				

Maîtres de Conférences Agrégés

MM.	ALBY J.M.	Psychiâtrie		LEVY V.G.	Hépato-Gastro.
	AMSTUTZ P.	Réanimation		MENSCH B.	Biophysique
	APOIL A.	Orth. Traum.		MERY Ph.	Néphrologie
Mme	ARON D.	Ophtalmologie	Mme	MIGNON Fr.	Néphrologie
MM.	BARRITAULT L.	Biophysique		MONNIER J.P.	Radiologie
	BIGOT R.	Radiologie		NAJMAN A.	Hématologie
	BODIN Fr.	Médecine		NICOLLE M.	Neurologie
	BOURY G.	Chirurgie		OPOLON J.	Hépato-Gastro.
	CHOUARD Cl.	O.R.L.		PISSARRO B.	Méd. Préventive
Mme	COMBRISSON A	Hémato-Imm.		PRUDHOMME de	
MM.	COTIN G.	O.R.L.		SAINT MAUR P	Anat. Pathologique

MM.	DARNIS F.	Hépato-Gastro.	RAMPINI Cl.	Biochimie
	DELIGNE P.	Anesthésiologie	RICHARDET J.M	Pédiâtrie
	FONTAINE J.L.	Pédiâtrie	ROLAND J.	Anat. Pathologique
	GAUTIER H.	Physiologie	SALAT J.	Obstétrique
	GOLDLUST D.	Radiologie	SCHLEINGER M	Radiothérapie
	GRUNER M.	Chir. Infantile	THOMAS M.	Médecine
	GUILMET Cl.	Anesthésiologie	TOURNIER G.	Pédiâtrie
	HERMAN D.	Médecine	VERGEZ P.	Bactériologie
	HOMBERG J.Cl.	Immunologie	WITCHITZ S.	Cardiologie
	HUGUET Cl.	Chirurgie		
	HUGUIER M.	Chirurgie	N...	Neurologie
	KRULIK M.	Médecine	N...	Obstétrique
	LAUGIER A.	Radiothérapie		

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M. ELIAKIS Ern. Médecine Légale

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

M. KIRSCH Fr. Physiologie Biochimique

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENT

MM.	BENOIST	DUNET
	BRUEZIÈRE	SALOMON
	CASASSUS	SCETBON
	COUVREUR	VERGOZ
	CHRISTOL	

ATTACHÉS D'ENSEIGNEMENT

MM.	ANGLERAUD	des LAURIERS
	BAKOUCHE	MAY
	BENAIM	MIGNOT
	BLOCH MICHEL	Mme PANKOW
	GIRAUDEL	ROBERT
	KIPMAN	SAUVAN
	LAURAS	SCHNEIDER

A la mémoire de mon grand-père

A ma grand-mère

A mes parents et à ma sœur

A mon épouse

A toute ma famille

En gage de reconnaissance pour tous leurs sacrifices.

AU DOCTEUR MICHEL CONTE

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette Thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, pendant et après notre stage d'externe dans son Service.

AU DOCTEUR F. BODIN

Maître de Conférences Agrégé
Médecin des Hôpitaux de Paris

qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse et nous a guidé dans sa réalisation.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude pour son enseignement exemplaire et ses conseils toujours bienveillants.

AU DOCTEUR M. ROUDIER

Chef-de-clinique à la Faculté, Assistant des Hôpitaux

qui, notre Interne, nous initia à la gastro-entérologie et, plus-tard, nous garda sa sympathie.

Qu'il en soit remercié.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur Cl. HOUDARD

Monsieur le Professeur G. RICHET

Monsieur le Docteur P.V. MORAX

Monsieur le Docteur H. BLOCH-MICHEL

Monsieur le Professeur H.E. BRISSAUD

En hommage respectueux.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine SAINT-ANTOINE.

En témoignage de notre reconnaissance pour leur enseignement.

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES DES MÉTASTASES OVARIENNES SUR LE TUBE DIGESTIF.

A propos d'une observation

Contribution à l'étude des tumeurs secondaires du tube digestif.

PLAN DE LA THÈSE

I — INTRODUCTION

II — RAPPEL DE LA CLASSIFICATION ET DU PRONOSTIC DES TUMEURS PRIMITIVES DE L'OVAIRE.

III — OBSERVATION PERSONNELLE - OBSERVATIONS DE LA LITTÉRATURE

IV — COMMENTAIRES :

- Fréquence
- Age des malades
- Nature histologique de la tumeur primitive
- Intervalle
- Siège de la métastase
- Symptomatologie clinique
- Données anatomo-pathologiques
- Traitements et évolution
- Mode de dissémination

V — CONCLUSIONS

VI — BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Dans le cadre des néoplasmes du tube digestif, les tumeurs secondaires occupent, par leur fréquence, une place importante. Parmi celles-ci, les métastases d'origine ovarienne restent exceptionnelles, mais présentent un certain intérêt, tant pour l'anatomopathologiste que pour le clinicien.

Récemment, il nous a été donné d'observer, avec le Professeur Agrégé BODIN, chez une femme de 79 ans, une tumeur de l'ampoule rectale possédant la structure histologique d'un cystadénome papillaire végétant de l'ovaire. Cette tumeur a été découverte vingt-cinq ans après une intervention élargie sur la sphère génitale pour une tumeur maligne ovarienne.

Le caractère exceptionnel de cette observation nous a conduit à revoir la littérature. Nous avons ainsi colligé 38 cas de métastases digestives d'origine ovarienne, auxquels nous ajoutons notre observation.

Après un rappel de la classification et du pronostic des tumeurs de l'ovaire, nous rapporterons notre observation et celles de la littérature qui illustrent le mieux ce sujet des métastases ovariennes au tube digestif ; puis nous tenterons de dégager les aspects anatomo-cliniques principaux de ces métastases, en les comparant à ceux des néoplasmes secondaires du tractus digestif en général.

RAPPEL DE LA CLASSIFICATION ET DU PRONOSTIC DES TUMEURS PRIMITIVES DE L'OVAIRE

La plupart des classifications sont basées sur l'embryologie. Afin de rester simple, celle que nous rapportons est nécessairement schématique et incomplète (19).

On distingue :

I — LES TUMEURS D'ORIGINE MESENCHYMATEUSE :

1 — Tumeurs du stroma : fibromes, sarcomes.

2 — Tumeurs des cordons sexuels (avec parfois une activité endocrine)

— folliculomes (ou tumeurs de la granulosa)
— thécomes
— arrhénoblastomes, gynandroblastomes.

II — LES TUMEURS DÉVELOPPÉES AUX DÉPENS DE L'ÉPITHÉLIUM GERMINATIF :

1 — Adénofibromes

2 — Formations kystiques :

a) — bénignes : cystadénomes
- séreux végétant (kyste séreux)
- pseudo-mucineux (kyste mucoïde)

b) — malignes : cystadénocarcinomes
- séreux
- pseudo-mucineux

3 — Carcinomes solides

4 — Tumeurs de Brenner

III — LES TUMEURS D'ORIGINE GERMINALE :

1 — Goniomes (ou séminomes)

2 — Dysembryomes : kystes dermoïdes, dysembryomes immatures et simplifiés.

PRONOSTIC DES TUMEURS OVARIENNES

Nous nous intéresserons seulement aux cystadénomes et systadénocarcinomes et aux tumeurs de la granulosa qui ont été les mieux étudiés.

I — CYSTADÉNOMES ET CYSTADÉNOCARCINOMES :

Les kystes représentent à eux seuls 50 à 60 % des tumeurs de l'ovaire. Ils posent au clinicien, au chirurgien et même à l'anatomopathologiste un problème extrêmement difficile quant à l'appréciation de leur pronostic : un tiers des kystes séreux seraient malins (1/8 seulement des kystes pseudo-mucineux).

Les histologistes distinguent trois catégories :

— les tumeurs purement bénignes,

— les tumeurs purement malignes,

— enfin, les tumeurs dites « à malignité réduite » ou « potentielle », « border-line tumors » des auteurs anglosaxons, qui posent les problèmes les plus délicats.

Sans entrer dans la finesse des discussions histologiques, disons schématiquement avec LAFFARGUE et CABANNE (14) que :

— les kystes simples uniloculaires, séreux ou mucineux, demeurent toujours bénins. De même pour les kystes séreux à végétations strictement endo-kystiques, et les kystes mucineux panci-loculaires à grosses cavités lisses et à épithélium unistratifié : ce sont les cystadénomes.

— les kystes séreux à végétations papillaires endo- et exo-kystiques, les kystes mucineux pluri-loculaires sont généralement envahissants. Ce sont les cystadénocarcinomes.

Leur pourcentage de « stabilisation » après 5 ans après traitement ne dépasse guère 30 %.

— quant aux autres formes, elles échappent à toute systématisation. Ainsi, des tumeurs d'allure cystadénomateuse benigne se compliquent parfois de malignité enclose ou généralisée, avec des greffes de morphologie cellulaire strictement bénigne ; d'autres, microscopiquement malignes, ne feront plus parler d'elles après leur ablation. En outre,

il faut rappeler que, si les tumeurs malignes sont en principe carcinomateuses d'emblée, certaines ne le deviennent que secondairement par transformation d'un cystadénome demeuré longtemps bénin (5 % de transformation de kystes pseudo-mucineux d'après R. MEYER).

C'est dire la grande difficulté du problème que posent le diagnostic de variété et donc le pronostic de ces tumeurs.

VERHAEGE (21), s'intéressant au devenir des kystes séreux végétants, insiste sur la présence ou l'absence de végétations exo-kystiques, leur présence entraînant la plus grande suspicion de malignité et conduisant le chirurgien à un geste large.

Mais rien n'est certain, et les prévisions des histologistes ne sont pas toujours en accord avec l'évolution.

L'auteur donne dans son étude les chiffres suivants :

— kystes végétants histologiquement malins : 50 à 70 % de mortalité à 5 ans;

— kystes végétants histologiquement bénins (végétations strictement endo-kystiques) : près de 100 % de survie à 5 ans. Cependant, VERHAEGE cite une atteinte du deuxième ovaire 10 ans après une intervention conservatrice chez une femme de 45 ans. NOVAK rapporte aussi un décès sur 24 cas par récidive pelvienne.

— NOVAK (25), dans une étude faite en 1965, apporte d'autres précisions :

— pour les kystes malins : 73 % de décès à 5 ans ; 17 % de guérison sans récidive ;

— pour les kystes à potentialité maligne : 20 % de décès à 5 ans ; 70 % de guérison sans récidive ;

— pour les kystes bénins : 13 % de décès à 5 ans, 80 % de guérison sans récidive.

Enfin, AURE et coll. (3) ont fait récemment une étude rétrospective de 990 cas de carcinomes de l'ovaire. Les courbes de survie, suivant le type histologique, quel que soit le stade clinique, montrent :

— tumeurs séreuses à malignité réduite : 85 % à 5 ans, 75 % de survie à 20 ans ;

— tumeurs mucineuses à malignité réduite : 92 % et 85 % ;

— cystadénocarcinomes séreux : 30 % et 18 % ;

— cystadénocarcinomes mucineux : 40 % et 33 %.

Ainsi, si les tumeurs à malignité réduite ont, à 5 ans, un pronostic relativement bénin, on observe cependant à 20 ans 15 à 25 % de décès par métastases ou récidive.

Quant aux cystadénocarcinomes, la survie à 5 ans ne dépasse guère 30 %.

II — PRONOSTIC DES FOLLICULOMES ET THÉCOMES :

Elles représentent 1,6 à 3 % des tumeurs ovariennes.

Si les tumeurs thécales sont considérées comme toujours bénignes, les tumeurs de la granulosa sont au contraire souvent malignes.

Cette opinion est confirmée par l'étude de DINNERSTEIN (10) sur 102 cas :

— 52 % des folliculomes sont malins,

— contre 4,2 % seulement des thécomes.

Etudiant la survie de ses patientes après intervention élargie, il note :

— 23 % de décès à 5 ans, par métastases, pour les folliculomes ; cependant, 12,7 % survivent, malgré une récidive connue, 8, 13 même 18 ans.

— pour les tumeurs thécales, 9,8 % de décès à 5 ans, malgré leur réputation de bénignité.

Dans la très importante série de DIDDLE (9), il n'y a pas de corrélation entre l'aspect histologique et le pronostic : certaines tumeurs histologiquement bénignes se sont montrées cliniquement malignes dans l'évolution, et inversement.

Au total, 55 % des patientes sont mortes à 5 ans.

Etudiant l'intervalle entre le traitement de la tumeur et l'apparition d'une récidive chez 96 patientes, il note :

— 38 récidives entre zéro et 3 ans,

— encore 14 récidives entre 5 et 10 ans,

— 12 récidives entre 10 et 20 ans, chiffre non négligeable,

— et même 3 cas au delà de 25 ans, tel celui de cette fillette de 8 ans opérée d'une tumeur de la granulosa et qui a développé 33 ans plus tard une métastase rétropéritonéale de même histologie (1).

Au total, plus d'un tiers des récidives et métastases sont apparues après 5 ans, 1/5 après dix ans.

Ce terme de 5 ans, habituel en matière de carcinologie, semble en fait très insuffisant pour juger du pronostic des tumeurs ovariennes.

Pour SIMMONS et SCIARRA (20), 30 % des tumeurs de la granulosa récidivent ou métastasent, souvent après 5 ans également. Mais ces tumeurs ont une croissance lente et une tendance à rester localisées, permettant des traitements chirurgicaux itératifs. Des récurrences à plus de 20 ans sont rapportées. Les auteurs signalent le cas d'une femme opérée d'une première récidive 7 ans après l'intervention initiale, opérée d'une deuxième récidive 9 ans après la deuxième intervention, et bien portante 14 ans après cette deuxième récidive.

Tous ces exemples montrent bien l'extrême difficulté qu'il y a à porter un pronostic en matière de pathologie tumorale ovarienne, tant de cas particuliers venant démentir les données statistiques les plus sérieusement établies.

OBSERVATION PERSONNELLE

Nous présentons ici une observation qu'a bien voulu nous confier le Professeur Agrégé F. BODIN.

Madame C... Sara, née en 1897 (78 ans), de nationalité argentine, consulte en novembre 1974 son médecin traitant pour des troubles du transit d'apparition récente : ses selles, auparavant quotidiennes et bien moulées, sont devenues, depuis six à sept mois, liquides ou molles, avec une poussée de diarrhée sévère en septembre.

Un lavement baryté est pratiqué qui montre une image lacunaire unique et bien limitée de l'ampoule rectale.

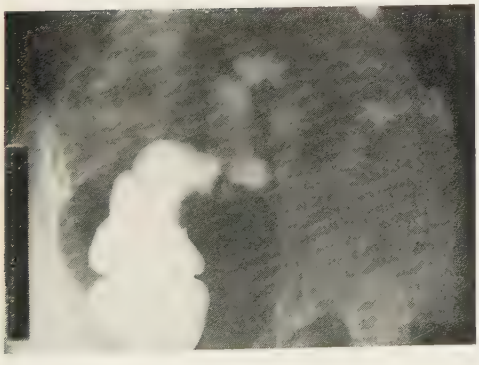
La malade est aussitôt adressée au Professeur LOYGUE puis dans le Service du Professeur CONTE où elle est hospitalisée le 16 janvier 1975, pour examens complémentaires.

1 — Antécédents médicaux :

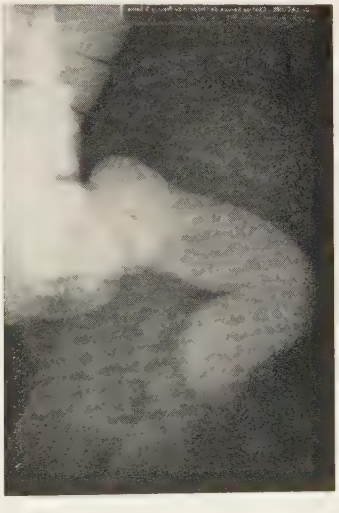
— Souffle cardiaque connu depuis deux ans. Discrète insuffisance ventriculaire gauche,

— Bronchites hivernales à répétition,

— Cystalgies à répétition.



FACE



PROFIL

Mme C... Sara, lavement baryté - image lacunaire de l'ampoule rectale.

— Insuffisance rénale modérée (urée à 0,65 g/l).

2 — Antécédents chirurgicaux :

— Appendicectomie en 1933 ; grossesse extra-utérine vers 1945,

— Intervention sur la sphère génitale en 1949-1950 : nous savons que la patiente a subi une hystérectomie totale avec ovariectomie bilatérale et annexectomie pour une tumeur de l'ovaire dont la nature histologique exacte ne nous est malheureusement pas connue, mais dont la malignité est certaine; cette intervention a eu lieu en Amérique du Sud et nous n'avons malheureusement pas pu obtenir de renseignements supplémentaires.

— En 1965 enfin, une laparotomie pour un épisode subocclusif, au cours de laquelle le chirurgien a trouvé des adhérences considérables enserrant l'épiploon et les anses grêles, mais sans aucune lésion néoplasique.

L'examen clinique :

— L'état général est bien conservé, chez cette femme encore alerte :

- Tension artérielle : 15 1/2 - 7
- pouls : 75 pulsations par minute,
- température normale.

— Examen pulmonaire normal - radiographies pulmonaires normales.

— Examen cardio-vasculaire : souffle systolique au foyer aortique; pas de signes périphériques d'insuffisance cardiaque.

— Tous les pouls périphériques sont perçus.

— Sur l'électrocardiogramme : bloc de branche gauche et déviation axiale gauche.

— Gros ventricule gauche radiologique.

— Abdomen : on note plusieurs cicatrices : une cicatrice d'appendicectomie, deux cicatrices médianes plus une cicatrice transversale gauche.

— Pas de circulation collatérale.

— Le foie n'est pas palpable.

— La rate n'est pas perçue.

— Il n'y a aucune masse abdominale palpable.

— Les orifices herniaires sont libres.

— Enfin le toucher rectal est normal : aucune masse n'est perçue dans l'ampoule.

— De même le toucher vaginal ne permet de sentir aucune formation intrapelvienne.

— L'examen neurologique est normal ; aucun déficit sensitif ou moteur.

— Les aires ganglionnaires sont libres ; les articulations mobiles ; pas de subictère cutané.

— Tête, thorax, membres ; trachée en place sur les clichés radiologiques ; aucun nodule thyroïdien ; seins normaux.

— Le reste du tube digestif examiné radiologiquement paraît strictement normal.

Les examens biologiques :

— Numération globulaire et formule sanguine :
- 4.300.000 globules rouges
- hémoglobine : 12,2
- hématocrite : 27 %

Donc pas d'anémie.
- leucocytes : 6100 dont
  77 % de polynucléaires neutrophiles
  18 % de lymphocytes
  5 % de monocytes
- plaquettes : 350.000

— vitesse de sédimentation : 50 mm à la 1re heure
115 mm à la 3e heure

— T.P. : 92 %

— Ionogramme sanguin : sodium 139 mEq/l
potassium : 5,2 mEq/l
chlore : 111 mEq/l
réserve alcaline : 19 mEq/l

— Urée sanguine : 0,85 g/l

— Glycémie : 0,95 g/l.

En résumé :

Chez une femme de 78 ans, en bon état général, n'ayant comme antécédents qu'une intervention élargie pour tumeur ovarienne il y a 25 ans, on découvre, devant des troubles du transit d'apparition récente, une tumeur rectale, apparemment unique, bien limitée et isolée.

Une première rectoscopie, réalisée dans de mauvaises conditions, permet seulement de reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une formation ulcérovégétante banale, impression que confirme la lecture histologique des prélèvements biopsiés, qui affirment qu'il ne s'agit ni d'un carcinome, ni d'un polype mais ne peut pas aboutir à la moindre conclusion quant à la nature de cette formation.

Etant donné l'âge de la malade et la localisation relativement haute de cette tumeur (qui incitent peu à une exérèse chirurgicale par voie basse), une deuxième rectoscopie est pratiquée le 17-1-1975 par le Docteur BODIN : "à 11 cm de la marge, tumeur polylobée implantée par un pédicule large sur une muqueuse normale. Pas d'ulcération visible. Le diamètre de cette tumeur est d'environ 3 centimètres. On essaie de réaliser l'ablation du "polype" à l'anse électrique. On peut ainsi retirer les trois quarts de la lésion. Le restant ne peut être enlevé du fait de la fatigue de la malade".

L'étude histologique du prélèvement a été faite par Madame le Docteur CONTE MARTI :

"La masse exisée est ovoïde et de la taille d'une châtaigne (2,5 cm environ de diamètre après fixation formolée). Le sommet est largement ulcéré et la zone périphérique est saignotante : il s'agit d'un granulome nécrotique et œdémateux, criblé de capillaires télangiectasiques et sans éléments glandulaires.

Plus profondément, on trouve plusieurs plages discontinues à structures papillaire végétante. Elles sont constituées par des formations glandulaires très ectasiées, dont les lumières se ramifient en tous sens et, dans les lumières, se projettent des végétations papillaires elles-mêmes rameuses et ramifiées. L'épithélium qui borde les glandes et qui tapisse les végétations est cubo-cylindrique ou franchement cylindrique, disposé sur une seule assise et à noyaux basaux et basophiles. Souvent il est très secrétant et les végétations papillaires intra-tubulaires sont enrobées de mucus ou d'une sérosité parfois hémorragique. Le contenu de certaines glandes est en voie de suppuration.

Ces glandes ectasiées remplies de végétations papillaires ont le plus souvent un aspect bénin et même dystrophique. Çà et là elles sont plus franchement végétantes, mais l'aspect n'est jamais exactement celui que l'on rencontre dans les tumeurs villeuses rectales. Il évoque bien davantage, et c'est vraiment paradoxal, l'aspect des cystadénomes papillaires végétants de l'ovaire...

Dans l'ensemble on ne rencontre qu'une seule plage assez superficielle et très cellulaire où les végétations sont tassées les unes contre les autres, un peu suspectes. Partout ailleurs, on a plutôt l'impression d'une prolifération bénigne.

La trame qui supporte ces éléments glandulaires et végétants est très développée, fibreuse dans la profondeur avec probablement quelques trousseaux musculaires.

Le granulome au niveau des zones exulcérées superficielles est criblé d'éosinophiles.

La formation semble avoir été réséquée dans sa totalité, mais sans colerette de muqueuse rectale saine à son pourtour et sans l'implantation à la paroi rectale proprement dite.

CONCLUSION :

Très curieuse formation tumorale exophytique intra-rectale, de structure papillaire végétante et dystrophique.

Malgré quelques plages très végétantes et richement cellulaires, la densité nucléaire semble peu élevée, la trame est très abondante et très inflammatoire et la tumeur est probablement d'une malignité réduite. Elle semble avoir été enlevée en totalité mais sans colerette de muqueuse saine à son pourtour.

L'interprétation histoligique est difficile : il ne s'agit pas du tout d'une tumeur villeuse banale, ni d'un polyadénome rectal banal, ni d'un adénocarcinome végétant du rectum.

Une réintervention est pratiquée le 22 janvier 1975 (Docteur BODIN) : « Ablation du reste de la tumeur à l'anse. Un fragment est laissé en place (1 cm de diamètre environ) d'aspect nécrosé). ».

Second compte rendu d'examen histologique (Madame le Docteur CONTE MARTI) :

« Le complément d'exérèse pratiquée par voie endoscopique a ramené deux fragments, de la taille d'un ongle, un peu plus denses et fibreux que la masse réséquée précédemment.

Leur étude histologique montre la même structure que la tumeur déjà enlevée, avec une zone superficielle granulomateuse exulcérée et très inflammatoire et une zone plus profonde fibreuse dans laquelle se dispersent des formations glandulaires papillaires végétantes, qui rappellent curieusement les végétations d'un cystadénome de l'ovaire. Elles sont tapissées par un revêtement unistratifié et sans caractère cytonucléaire particulièrement monstrueux. Ces formations sont réparties dans un stroma abondant et fibro-hyalin avec des suffusions hémorragiques.

CONCLUSION :

Le complément de l'exérèse a porté sur des tissus exactement comparables à ceux de la tumeur précédemment excisée. Il s'agit d'une masse à socle fibreux, à surface ulcérée et inflammatoire et à structure papillaire végétante, relativement bénigne. L'aspect est très différent de celui d'un polyadénome ou d'une tumeur villeuse rectale et rappelle celui de végétations d'un cystadénome ovarien ».

Madame C... quitte le service le 1er février en bon état général et avec un transit intestinal redevenu normal.

Cette observation nous suggère d'emblée quelques commentaires.

Il est logique de penser que la tumeur ainsi excisée chez cette femme de 78 ans est une métastase rectale de la tumeur ovarienne opérée 25 ans auparavant. Trois points nous semblent dignes d'être soulignés :

1° — Tout d'abord, un intervalle de 25 années entre l'exérèse de la tumeur primitive et la découverte de la métastase est tout à fait exceptionnel. Nous avons cité plus haut l'observation de AIMES où le délai était de 33 ans, mais c'est un cas rarissime et il s'agissait d'une métastase extra-digestive d'un folliculome, et non d'un kyste.

Il semble ainsi que notre observation rapporte le plus long délai pour une métastase digestive et même extradigestive d'un cystadénome ou cystadénocarcinome. Ce cas paraît même unique si l'on considère les métastases sur le tube digestif des tumeurs ovariennes en général.

Cette évolution de très longue durée appelle deux remarques :

— d'abord il est évident qu'après un tel intervalle, la tumeur initiale ayant été presque « oubliée », la nature métastatique de la tumeur rectale est une surprise histologique. C'est dire qu'en réalité il faut toujours penser à cette possibilité même après un laps de temps aussi long,

— ensuite, étant donné justement la lenteur de l'évolution, l'excision simple à l'anse électrique telle qu'elle a été pratiquée semble une attitude raisonnable, sous couvert, bien entendu, d'une surveillance régulière.

2° — Nous n'avons retrouvé dans la littérature aucune autre description de localisation rectale d'une métastase ovarienne. Dans cette observation l'aspect endoscopique était celui d'une formation polypoïde sessile.

Mme C... Sara, étude histologique de la tumeur rectale - structure cystadénomateuse papillaire végétante.

Ces documents nous ont été aimablement confiés par Madame le Docteur CONTE. Nous l'en remercions.

3° — Sur le plan histologique enfin, il est plus que vraisemblable que la tumeur primitive était un cystadénocarcinome ou au moins un kyste suspect de malignité, puisque le chirurgien avait jugé nécessaire de pratiquer, chez cette patiente alors âgée de 53 ans, une intervention large enlevant les deux ovaires, les annexes et l'utérus.

Il est d'ailleurs remarquable que la métastase, avec son épithélium unistratifié et des atypies cellulaires extrêmement peu nombreuses, présente, elle, un aspect quasiment bénin. Ceci illustre encore, s'il en était besoin, la complexité de l'étude histopathologique de ce type de tumeurs.

OBSERVATIONS DE LA LITTÉRATURE

Nous avons pu relever dans la littérature trente-huit cas de tumeurs ovariennes ayant métastasé sur le tube digestif, auxquels nous ajoutons cette observation personnelle.

En réalité, il est vraisemblable que beaucoup d'autres ne sont pas publiées ; bien des observations en tous cas, ne sont pas détaillées et sont inutilisables.

Voici à titre d'exemple trois observations qui illustrent les différents caractères anatomo-cliniques possibles de ces tumeurs.

OBSERVATION N° 1

LIKHACHEV et GOLDBURT (16), de Moscou, opèrent une femme de 47 ans d'un cystadénocarcinome papillaire de l'ovaire. L'intervention est suivie d'une chimiothérapie. Trois ans pus tard, cette femme est admise de nouveau pour une récidive du cancer de l'ovaire avec métastases multiples dans le petit bassin. La malade décède.

A l'autopsie, outre de multiples coulées et métastases dans le petit bassin, les auteurs retrouvent une tumeur gastrique de 3 cm de diamètre, infiltrant la paroi de la face postérieure de l'antre et la grande courbure adjacente. Cette tumeur ressemble macroscopiquement à la tumeur ovarienne de 1968 et les auteurs pensent qu'il s'agissait en fait d'une tumeur de Kruckenberg.

En réalité, l'étude histologique a bien montré le caractère métastatique de la lésion gastrique, à type de cystadénocarcinome papillaire avec corps psammomateux spécifiques.

OBSERVATION N° 2

GRISOLI et LEBREUIL (13) rapportent le cas d'une métastase entéro-mésentérique tardive d'une tumeur de la granulosa opérée 9 ans auparavant.

Cette femme de 73 ans admise en occlusion est porteuse d'un volumineux polype sessile situé dans la lumière de l'intestin terminal, et prolongé par une masse mésentérique. D'autre part, une tumeur villeuse dégénérée de l'intestin grêle se développe au contact de la métastase.

Résection du grêle terminal. Colectomie droite. Etat satisfaisant 18 mois après cette dernière intervention.

OBSERVATION N° 3

Cette observation (Docteur BRANDONE) est rapportée par LEBREUIL et PAYAN (15).

Hystérectomie totale et résection recto-sigmoïdienne chez une femme de 51 ans, pour tumeur utérine et nodules métastatiques enchassés dans la paroi intestinale. Utérus augmenté de volume. Adénocarcinome endométrial non invasif à développement purement endophytique, au sein de la cavité utérine aggrandie. Lui est associé un petit adénocarcinome germinatif papillaire, avec calcosphérites à la surface de l'ovaire droit. Six nodules métastatiques de 8 à 12 centimètres de diamètre sont inclus dans la paroi recto-sigmoïdienne, refoulant en profondeur la musculeuse, en surface la muqueuse, qui ne sont nullement infiltrées.

Ce sont des métastases riches en calcosphérites du carcinome ovarien.

Ces trois observations et la nôtre illustrent bien la diversité des caractères anatomo-cliniques de ces métastases :

— diversité dans la nature histologique de la tumeur ovarienne ;

— variabilité de l'intervalle entre la découverte de la tumeur primitive et celle de la métastase ;

— diversité de la localisation de la métastase sur le tube digestif ;

— évolution variable après intervention sur la métastase.

Toutes ces métastases ont cependant en commun de s'être révélées par une symptomatologie d'emprunt non spécifique, et d'être en définitive des diagnostics histologiques.

Nous allons préciser tous ces caractères à propos des 39 cas que nous avons colligés (voir tableau n° 1) :

— 17 cas sont rapportés par DIDDLE (9) :

— 13 par NIEMINEN (17) ;

— 4 par de CASTRO (8) ;

— 1 par FARMER (11) ;

— 1 par LEBREUIL (15) ;

— 1 par GRISOLI (13) ;

— 1 par LIKHACHEV (16) ;

— et notre propre observation.

Le tableau I en résume tous les caractères.

Cas N°		âge *	Histologie de la tumeur ovarienne primitive **	Tt ***	Intervalle (années) ****	Circonstances de découverte de la lésion sec^re	Siège de la lésion secondaire	Données Anatomopathologiques			Tt ******	2^e Evolut. *******
								Nbre *****	aspect macroscopique	histologie		
DE CASTRO	1	37		C	1	occlusion	grêle	M	bourgeon obstructif		E	S. 4
	2	48	3 adenocarcinomes	C, I	1	occlusion	grêle	U	obstruction,ulcérat.	2 cystadénocar-	E	S. 4
	3	55	1 carcinome solide	C, I	1 1/2	douleurs, distens.	grêle	M	obstruction, ulcérat.	cinomes	E	S.19
	4	60		C	1/2	occlusion	grêle	U	obstruction, ulcérat.		E	
DIDDLE	5 à 17		kystes séreux { bénins 6 / malins 3 ; kystes mucineux { bénins 0 / malins 4									
NIEMINEN	18 à 34		Tumeurs de la granulosa et thécomes									
FARMER	35	67	Cystadenocarcinome		28 mois	anémie	ileon	U	obstruction partielle	idem, tumeur 1^re	E	S. 9
LEBREUIL	36	51	adénocarcinome papillaire	C	0	laparatomie	rectosigmoïde	M (6)	nodules s/muqueux	idem, tumeur 1°		
GRISOLI	37	73	tumeur de la granulosa	Cé	9	occlusion	iléon terminal	U	polype ulcéré	idem tumeur 1°	E	BP 18
LIKHACHEV	38	50	cystadénocarcinome	C, Ch	3	récidive ovarienne	estomac	U	infiltration	idem tumeur 1°	O	S. O
Obs. pers.	39	78	non précisée	Cé	25	diarrhée	rectum	U	polype	cystadénome	R. endos	BP 4

* : âge des malades au moment de la découverte de la tumeur secondaire (en années).
** : les kystes séreux et pseudo mucineux malins de NIEMINEN regroupant les cystadenocarcinomas et les tumeurs à potentialité maligne.
*** : traitement de la tumeur ovarienne primitive : C = Chirurgie Cé = Chirurgie étendue - I = Irradiation - Ch = Chimiothérapie.
**** : Intervalle entre l'intervention sur la tumeur primitive et la découverte de la métastase.
***** : U = lésion Unique - M = Multiple.
****** : Tt = traitement de la ou des lésions secondaires. E = Exérèse - R = Résection endoscopique.
******* : S = Survie en mois - BP = Bien portant après X mois.

TABLEAU I : Observations résumées des 39 cas de métastases ovariennes sur le tube digestif.

COMMENTAIRES

Nous essaierons de dégager ici les principaux caractères anatomo-cliniques des métastases digestives d'origine ovarienne, en les comparant à ceux des tumeurs secondaires du tube digestif « en général ».

I — FRÉQUENCE :

1° — Fréquence des tumeurs secondaires du tube digestif :

Les tumeurs métastatiques du tube digestif, seul envisagé à l'exclusion des glandes annexes, sont d'observation peu fréquente. 2 % de 5000 cancéreux autopsiés par WILLIS en sont porteurs (23) ; 1,14 %, au niveau de l'intestin grêle, sur 3584 cancéreux pour WALTHER (22).

Toutefois pour FRELOT (12), 39 % des tumeurs malignes de l'intestin grêle sont des métastases. Ce chiffre est ramené à 7,4 % par DE CASTRO dans son étude à la Mayo Clinic (654 tumeurs du grêle ; 351 sont malignes ; 101 sont des métastases, soit 29 %, mais 26 seulement sont considérées comme irréfutables, soit 7,4 %). Mais pour BOQUIEN (4), sur 142 tumeurs du grêle, dont 48 sont malignes, 13 sont des métastases, c'est-à-dire que 26 % des tumeurs malignes du grêle sont effectivement des métastases.

Ainsi :

— 1 à 2 % des cancéreux ont des métastases digestives,
— près de 30 % des tumeurs malignes du grêle seraient des métastases.

2° — Parmi ces tumeurs métastatiques, à combien doit-on estimer le fréquence de celles qui reconnaissent une origine ovarienne ?

Pour DE CASTRO et pour FRELOT tous les cancers de l'organisme peuvent donner des métastases digestives. En tête, naevocarcinomes et cancers du col (à égalité avec 18 % pour FRELOT), puis les cancers digestifs eux-mêmes.

L'ovaire vient bien après, mais sa fréquence ne saurait toutefois être tenue pour négligeable :

— sur les 26 cas de DE CASTRO à la clinique Mayo, 4 métastases jéjuno-iléales sont d'origine ovarienne, soit 16 % ;
— sur les 14 cas de métastases jéjuno-iléales de FARMER (11), 1 origine ovarienne, soit 7 % ;

— 2 sur 14 cas rapportés par LEBREUIL et PAYAN (15), soit 14 % ;

— en moyenne 7 sur 54, soit 14 %.

14 % environ des métastases de l'intestin grêle sont d'origine ovarienne.

Si l'on se souvient que 1 à 2 % des cancéreux seulement ont des métastases digestives, c'est-à-dire la rareté des métastases digestives d'origine ovarienne : 0,14 cas pour 100 cancéreux.

3° — La fréquence des localisations digestives par rapport à l'ensemble des métastases des tumeurs de l'ovaire est difficile à apprécier :

— DIDDLE (9) sur 110 folliculomes et thécomes avec métastases, note 17 métastases intestinales : 15 % des métastases sont digestives, et celles-ci viennent avant les métastases génitales.

— Pour NIEMINEN et PUROLA (17), au contraire, les métastases digestives sont plus rares, mais restent cependant les plus fréquentes des métastases extra-génitales des tumeurs de l'ovaire.

— Globalement :

- 1,5 % des 1189 sujets porteurs de folliculomes et thécomes étudiés par DIDDLE ont des métastases digestives ;
- et 1,3 % des 996 cystadénomes et cystadénocarcinomes de NIEMINEN ont des métastases digestives.

II — AGE DES MALADES :

Nous entendons ici l'âge des malades au moment de la découverte de la métastase.

1° — Dans nos 39 cas, la plus jeune avait 37 ans, la plus âgée 78 ans, il s'agit de notre propre malade. L'âge moyen est de 58 ans. La distribution par décennie est indiquée par la figure n° 1.

2° — L'âge des malades ne présente donc aucune particularité.

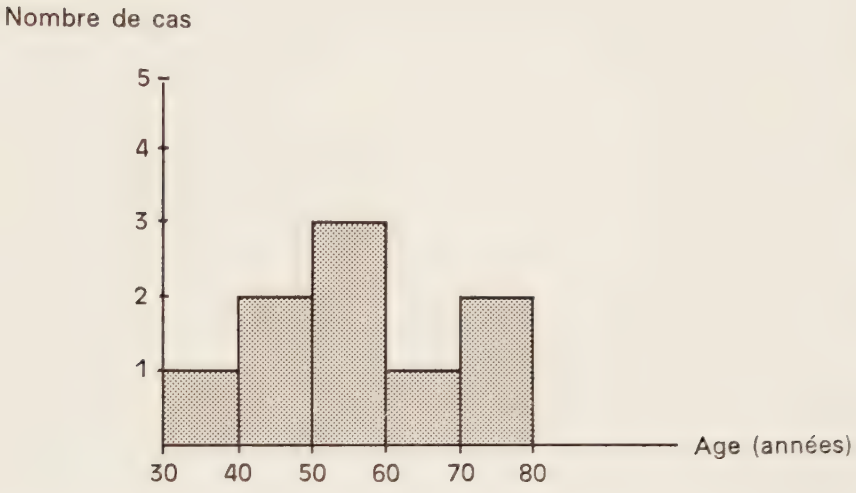
Comme pour les autres tumeurs métastatiques digestives, les métastases d'origine ovarienne se voient surtout entre 50 et 60 ans. C'est un cancer de l'adulte ou du vieillard.

Nous n'en avons relevé aucun cas chez l'enfant, bien que la tumeur primitive puisse, elle, être reconnue et traitée dans l'enfance.

III — NATURE HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR PRIMITIVE :

Nos 38 cas se décomposent comme suit :

— tumeurs de la granulosa et thécomes : 18
— adénocarcinomes : 4
— carcinome solide : 1
— cystadénomes et cystadénocarcinomes : 15



Distribution des malades selon l'âge (par décennie)

On remarque que, dans cette série, tumeurs de l'épithélium germinatif ovarien et tumeurs de la granulosa viennent à égalité (15 et 18 cas). Bien que les kystes représentent 50 à 60 % des tumeurs de l'ovaire et les folliculomes seulement 1,6 à 3 %, il ne faut pas conclure automatiquement que les secondes métastasent avec affinité sur le tube digestif par rapport aux premiers. En réalité, certains auteurs se sont intéressés aux tumeurs de la granulosa exclusivement, d'autres seulement aux kystes.

Aussi préférons nous considérer seulement les 8 cas sur 39 où, partant de la métastase digestive, on en a recherché l'origine, les autres études ayant porté chacune sur un type donné de tumeur de l'ovaire ne permettent pas vraiment de comparer la fréquence de ces métastases avec celle des autres types histologiques. On trouve alors :

— 4 adénocarcinomes,

— 1 carcinome,

— 1 tumeur de la granulosa,

— 2 cystadénocarcinomes.

Il semblerait donc, mais l'échantillon est trop faible pour porter une conclusion ferme, qu'en fait ce sont les tumeurs ovariennes solides qui donnent le plus souvent des métastases digestives. Cependant, ces tumeurs solides ont la même origine embryologique que les cystadénomes et il apparaît bien ainsi que ce sont surtout les tumeurs développées au dépens de l'épithélium germinatif qui donnent ce type de métastases (15).

Un autre point est à souligner. NIEMINEN (17) dans son étude de 986 cystadénomes et cystadénocarcinomes ovariens, retrouve 13 métastases digestives.

Sur ces 13 métastases, 6 ont pour origine des cystadénomes séreux bénins.

Cette possibilité de localisation secondaire d'un cystadénome d'allure bénigne a déjà été signalée dans un précédent chapitre. Elle nous paraît tout à fait remarquable et déroutante.

IV — INTERVALLE entre l'exérèse de la tumeur primitive et la découverte de la métastase :

Cet intervalle est extrêmement variable :

1° — Pour les métastases digestives des cancers en général, il varie :

— de 1 an à plus de 10 ans dans les 14 cas rapportés par FARMER ;
en moyenne 4,4 ans.

— de 3 mois à 16 ans dans la série de DE CASTRO ; en moyenne 3 ans.

— 3 ans et 6 mois en moyenne pour FRELOT.

2 °— Pour les métastases d'origine ovarienne, l'intervalle varie de zéro (découverte au cours de l'intervention sur la tumeur primitive) à 25 ans, cas de notre propre observation. En moyenne 4,8 ans.

Si l'on excepte les deux cas extrêmes, un peu plus de 2 ans et demi.

Cet intervalle ne peut être considéré comme significativement différent de celui des métastases digestives des cancers en général. Tout au plus peut-on remarquer que c'est plus souvent parmi les tumeurs ovariennes que se recrutent les délais exceptionnellement longs : 1 cas de 16 ans dans l'étude de la Mayo Clinic, plusieurs cas à plus de 20 ans pour SIMMONS et SCIARRA (20), et notre observation.

Il ne semble pas non plus y avoir de corrélation entre le type histologique de la tumeur ovarienne et ce délai, ni même de corrélation avec le stade initial d'extension lors de l'intervention.

Ce délai est extrêmement variable et en fait imprévisible, comme l'est, nous l'avons vu, le pronostic même des tumeurs de l'ovaire.

V — LOCALISATION :

Comme les autres tumeurs métastatiques, celles de l'ovaire peuvent intéresser tous les étages du tractus digestif.

Les trois observations rapportées à titre d'exemple et la nôtre illustrent justement ce fait, puisque l'une concerne l'estomac, une autre l'iléon, la troisième le sigmoïde et la nôtre le rectum.

Aucune localisation œsophagienne n'a été décrite.

VI — SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE :

En dehors d'une découverte fortuite lors de l'autopsie d'un cancéreux, c'est le plus souvent un tableau clinique d'emprunt, analogue à celui des tumeurs digestives primitives, qui conduit à l'intervention. Les métastases d'origine ovarienne ne présentent à cet égard aucune particularité.

— Ainsi FARMER distingue, pour les métastases du grêle :

- des signes aigus, en rapport avec une perforation ;
- des signes subaigus en rapport avec une hémorragie ;
- des signes chroniques d'obstruction partielle.

Sur nos six cas de métastases siégeant sur l'intestin grêle, nous observons 5 syndromes occlusifs ou subocclusifs et une anémie. Les douleurs abdominales sont fréquentes ; rarement on palpe une masse.

— La localisation rectale dans notre observation a été révélée par de simples troubles du transit (diarrhée, comme bien des tumeurs du rectum).

— La durée de ces symptômes avant la découverte de la lésion est très variable, elle peut aller jusqu'à plusieurs mois. Les douleurs, l'anémie, la perte de poids sont fréquentes (9), (11).

En réalité, il faut seulement souligner que devant tout signe digestif, il faut savoir penser à une métastase chaque fois qu'il existe une histoire néoplasique antérieure, même ancienne.

VII — DONNÉES ANATOMO-PATHOLOGIQUE :

1° — Les métastases digestives des tumeurs ovariennes étaient uniques 6 fois et multiples 3 fois. Cette distribution est sans rapport avec le type histologique de la tumeur primitive, et sans rapport avec la localisation de la ou des métastases.

En ce qui concerne les cancers, en général, les métastases digestives sont uniques dans la moitié des cas, et multiples dans l'autre moitié (12 uniques, 14 multiples dans la série de la Mayo Clinic), sans rapport avec leur origine.

2° — L'aspect macroscopique de la lésion n'est pas évocateur, sauf dans l'observation des auteurs russes (16), de l'origine ovarienne.

Comme les autes métastases, il peut s'agir :

— de polypes ulcérés ou non, sessiles ou pédiculés, intraluminaux;

— de nodules fréquemment ulcérés, enchassés dans la paroi, et qui seraient les plus évocateurs d'une lésion secondaire ;

— d'infiltration ou de bourgeons.

Ces différentes formes sont sans rapport avec la natuie de la tumeur primitive.

3° — L'obstruction partielle ou complète de l'intestin grêle lorsque la métastase siège à ce niveau est due :

— soit à l'extension intraluminale de la masse métastatique elle-même (n° 37, 2, 4) ;

— soit à une angulation (cas n° 35, 1, 3) ;

— parfois à une invagination.

4° — C'est l'étude histologique qui permet dans tous les cas de préciser la nature métastatique et l'origine de la lésion. Celles-ci est souvent une surprise étant donné l'intervalle parfois très long écoulé depuis le traitement de la tumeur primitive.

VIII — TRAITEMENT ET ÉVOLUTION :

— Dans tous les cas sauf un (n° 38), une résection complète a été pratiquée.

Dans notre observation, où la tumeur était accessible par voie basse, l'exérèse a pû être faite simplement à l'anse électrique.

— Le pronostic reste médiocre.

Pour les tumeurs secondaires de l'intestin grêle, globalement DE CASTRO compte 20 décès sur 26 cas à 2 ans. La moyenne de survie est estimée à 8 mois. Pour FARMER, cette moyenne se situe à 10 mois environ.

— Dans notre étude, la survie après traitement de la métastase va de 4 mois à 19 mois, en excluant le cas n° 38, où la malde était décédée dans les suites immédiates de l'intervention.

Une malade est bien portante 18 mois après l'intervention, une autre 2 mois après, et notre patiente va très bien 4 mois après résection de sa tumeur.

La moyenne de survie sur 4 cas (1, 2, 3, et 35) s'établit à 9 mois, ce qui correspond au chiffre global observé pour les métastases digestives en général.

On ne peut conclure quant à l'influence de la nature histologique de la tumeur sur la survie après exérèse. Etant donné la lenteur d'évolution de certaines de ces tumeurs, il n'est pas interdit d'espérer, dans certains cas particuliers, des évolutions très prolongées, éventuellement au prix d'interventions itératives comme le signalent SIMMONS et SCIARRA (20).

IX — ENFIN, LE MODE DE PROPAGATION :

Reste très controversé.

Deux théories se partagent la faveur des auteurs :

— migration lymphatique rétrograde vers l'intestin ;

— ou migration hématogène.

Nous ne saurions bien évidemment trancher.

CONCLUSION

Nous rapportons l'observation, chez une femme de 79 ans, d'une tumeur polypoïde du rectum possédant la structure histologique d'un cystadénome végétant de l'ovaire, et métastase d'une tumeur ovarienne maligne opérée 25 années plus tôt.

A partir de cette observation, nous nous sommes intéressés aux métastases du tube digestif reconnaissant une origine ovarienne. Nous en avons ainsi retrouvé trente huit cas dans la littérature.

Après un rappel de la classification des tumeurs ovariennes et de leur pronostic, nous avons essayé de dégager les principaux caractères anatomo-cliniques de leurs métastases sur le tube digestif, en les comparant à ceux des tumeurs secondaires digestives "en général".

— 15 % des métastases des kystes de l'ovaire sont digestives : ce sont les plus fréquentes des métastases extra-génitales des tumeurs de l'ovaire. Elles restent rares, mais n'en représentent pas moins 14 à 15 % des tumeurs secondaires du tractus digestif.

— Il semble que ce soient les tumeurs dérivant de l'épithélium germinatif qui donnent surtout ces métastases.

— En réalité, ces localisations ne se différencient guère des autres tumeurs secondaires digestives :

- Elles se voient chez l'adulte et le vieillard, plus fréquentes entre 50 et 60 ans.
- L'intervalle qui sépare l'éxérèse de la tumeur primitive de la découverte de la tumeur secondaire est en moyenne de deux ans et demi à quatre ans et demi (3 ans pour les tumeurs secondaires prises dans leur ensemble).

Mais on note avec une plus grande fréquence parmi les métastases d'origine ovarienne la possibilité de délais exceptionnels, pouvant dépasser 20 ans, atteindre 25 ans comme dans notre observation, voire plus. C'est dire :

— que le diagnostic exact est le plus souvent une surprise histologique, mais que l'on devrait, s'il existe des antécédents, même après un délai très long, penser à la possibilité d'une métastase.

— c'est dire aussi que le pronostic même des tumeurs de l'ovaire reste d'une grande difficulté et son appréciation souvent prise en défaut, dans un sens comme dans l'autre.

Ces tumeurs secondaires peuvent siéger à n'importe quel niveau du tractus digestif, depuis l'estomac jusqu'au rectum, être uniques ou multiples.

Leur symptomatologie clinique, leur aspect macroscopique n'a rien de spécifique mais est tout à fait comparable à celui des autres tumeurs secondaires.

Le traitement, le plus souvent chirurgical, vise comme pour les autres métastases, à l'exérèse complète de la tumeur. Le pronostic reste médiocre, la moyenne de survie après intervention s'établissant à 9 mois, chiffre identique à celui des tumeurs secondaires prises globalement. Cependant, on peut penser que, dans certains cas particuliers, la survie puisse être très prolongée, éventuellement au prix d'interventions itératives.

BIBLIOGRAPHIE

1 — AIMES A., GUIBERT H.L., GARVAIN G. :

Récidive rétro-péritonéale gauche d'une tumeur de la granulosa, trente trois ans après une ovariectomie droite pratiquée à l'âge de 8 ans.
Gynec. et obstet. 1946, 45, p 801-806.

2 — ANDERSON W.A.D. :

Pathology (5e édition).
The C.V. Mosby Comp. Ed. - St Louis 1966.

3 — AURE J.C., HOEG K., KOLSTAD P. :

Clinical and histological studies of ovarian carcinoma. Long term follow-up of 990 cases.
Obstet. Gynec. Jan. 1971, 37, n° 1, p. 1-9.

4 — BOQUIEN Y., KERNEIS J.P., ALLIOT G., DELUMEAU G. :

Epithélioma secondaire de l'intestin grêle. A propos de 5 observations. Presse médicale 1961, 69, p. 879-882.

5 — CARIKER, DOCKERTY :

Mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the ovary.
Clinical and pathological study of 355 cases.
Cancer, 1954, 7, p. 302-310.

6 — CONTE M., CONTE (Mme), BALEDENT P., FRELOT C. :

Le cancer métastatique de l'intestin.
Sem. Hôp. Paris 1954, 35, p. 461-464.

7 — CRÉPIN G. :

Métastases psammomateuses des cancers de l'ovaire.
Rev. Fr. Gynec. Obstet. 1969, 64, p. 279-292.

8 — DE CASTRO C.A., DOCKERTY M.B., MAYO C.W. :

Metastatic tumors of the small intestines.
Surg. gynec. obstet. 1957, 105, p. 154-165.

9 — DIDDLE A.W. :

Granulosa and theca-cell ovarian tumors : prognosis.
Cancer 1952, 5, p. 215-228.

10 — DINNERSTEIN A. J.: O'LEARY J.R. :

Granulosa - theca cell tumors : a clinical review of 102 patients.
Obstet. gynec. 1968, 31, p. 654-658.

11 — FARMER R.G., HAWK W.A. :

Metastatic tumors of the small bowel.
Gastroenterology, 1964, 47, p. 496-504.

12 — FRELOT Cl. :

Cancer secondaire de l'intestin grêle - A propos de deux observations - Aspects cliniques des cancers métastatiques de l'instestin grêle.
Thèse, Paris, 1958.

13 — GRISOLI J., FARISSE J., ARGEME M., DELMONT J.P., LEBREUIL G. :

Métastase entero-mésentérique tardive d'une tumeur de la granulosa.
Sem. Hôp. Paris 1973, 49, n° 9, p. 640-655.

14 — LAFFARGUE P., CABANNE F. :

Tumeurs de l'ovaire.
In DELARUE J. et LAUMONIER B. « Anatomie pathologique ».
Volume n° 2, Flammarion Ed. Paris, p. 1723-1736.

15 — LEBREUIL G., PAYAN H., VARETTE I., CORNIL J. DUCHASSIN

Les métastases digestives.
Arch. Anat. Path. 1971, 19, n° 2, p. 195-202.

16 — LIKHACHEV Y.P., GOLDBURT N.N. (Moscou).

Cancer secondaire de l'estomac (métastase à l'estomac d'un cancer de l'ovaire).
Arkh. Patol. 1973, 35, p. 68-70 (rédigé en russe résumé en anglais).

17 — NIEMINEN U., PUROLA E. :

Pathology associated with ovarian cystadenomas and cystadenocarcinomas.
Ann. Chir. Gynaec. Fenn. 1969, 58, p. 255-259.

18 — PUROLA E. :

Serous papillary ovarian tumors. A study of 233 cases with special reference to the histological type of tumor and its influence in prognosis.
Acta Obstet. gynec. Scand. 1963, 42, suppl. 3.

19 — ROUJEAU, SCHELLOUL :

Abrégé d'anatomie pathologique spéciale.
Ed. Sandoz, Paris.

20 — SIMMONS R.L., SCIARRA J.J. :

Treatment of late recurrent granulosa cell tumors of the ovary.
Surg. gynec. obstet. 1967, 124, p. 65-70.

21 — VERHAEGHE M., GODEFROY-VENDEVILLE Y., CRÉPIN G. :

Appréciation du pronostic et déductions thérapeutiques dans les kystes végétants de l'ovaire.
Bull. Acad. Ntle de Médec. 26 oct. 1971, 155, p. 655-662.

22 — WALTHER H.E. :

Krebsmetastasen.
Benno Schwabe und Co - Verlay, Basel 1948.

23 — WILLIS R.A. :

A review of 500 consecutive cancer necropsies.
Med. S. Aust. 1941, 11, p. 258.

24 — WILLIS R.A. :

Metastatic tumors in the instestine.
Aust. NZS Surg. 1931, 1, p. 41.

25 — WOODRUFF, NOVAK :

Papillary serous tumors of the ovary.
Amer. S. Obstet. gynec. 1954, 67, p. 1112-1126.

26 — WOODRUFF, NOVAK :

Obstet. gynec. 1960, 15, p. 351.

No 11